

ЛЕЙКОЦИТАРНЫЕ ИНДЕКСЫ У БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ

Зауденкова Е.М., Мокашева Ек.Н.,
Мокашева Евг.Н.

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный
медицинский университет им. Н. Н. Бурденко»,
Воронеж, e-mail: zaudenkova06@mail.ru

В настоящее время острый холецистит является одной из самых распространённых патологий у пациентов хирургического профиля, уступая лишь острому аппендициту. Данная болезнь встречается чаще в пожилом и старческом возрасте (более 65%), а показатель летальности возрастной группы от 60 до 80 лет достигает 20-50%, в то время как у более молодых людей смертность от данного заболевания составляет всего лишь 2%. Разница в статистике связана с сопутствующими терапевтическими патологиями, среди которых сахарный диабет и ожирение, встречающиеся у 90% больных в преклонном возрасте. При остром холецистите на фоне сахарного диабета деструктивные изменения в стенке желчного пузыря наступают быстрее из-за нарушения микроциркуляции, обменных процессов, а также инсулиновой недостаточности. Все эти факторы сглаживают общую патологическую картину, приводя к осложнениям как во время операции, так и после неё [1]. Долгий воспалительный процесс, который очень часто развивается на фоне патологии углеводного обмена, может привести к большим осложнениям и истощению организма, увеличив тем самым риски оперативного вмешательства [2]. Не стоит забывать и про больных с ожирением, которые также предрасположены к всевозможным нарушениям, связанным с хирургическими операциями [3]. Использование лейкоцитарных индексов у пациентов, перенёвших как оперативное вмешательство, так и тяжёлую терапевтическую патологию вроде инфаркта миокарда или пневмонии, может служить индикатором возможных осложнений, что позволит вовремя провести все необходимые профилактические процедуры и избежать повышенной летальности [4, 5]

Цель исследования: исследовать степень интоксикации при сопутствующей патологии у больных с острым холециститом.

Материалы и методы исследования

Для проведения исследования были взяты 30 историй пациентов БУЗ ВО «ВГКБСМП №10» с диагнозом острый холецистит (ОХ). Средний возраст больных составил 62,05±3,1. В обследовании учитывались результаты общего и биохимического анализа крови. На основании полученных данных были рассчитаны лейкоцитарные индексы. Результаты исследования проанализированы в программе Microsoft Excel 2011.

Результаты исследования и их обсуждение

В зависимости от характера отягощающего фактора, больные были разделены на три группы. В первую группу с ОХ без отягощения включили 12 больных, во вторую группу с ОХ, сопровождающимся ожирением распределили 12 пациентов, а в третью группу попало 6 исследуемых с ОХ и сахарным диабетом (СД).

Среди пациентов первой группы индекс аллергизации (ИА) равен 0,94±0,05, что является нормой. Индекс Гаркави (ИГ) составил 0,62±0,03, что также является вариантом нормы. Показатель индекса Кребса (ИК) равен 4,22±0,21 при норме 1,8. Подобные цифры указывают на лёгкую степень интоксикации. Отношение лейкоцитов к СОЭ (ОЛСОЭ) в норме составляет 1,87. У пациентов первой группы ОЛСОЭ равно 2,81±0,14. Повышение данного показателя может быть следствием интоксикации, вызванной аутоиммунными нарушениями. Отношение нейтрофилов к моноцитам (ОНМ), которое отображает соотношение компонентов микрофагально-макрофагальной системы, составляет 22,67±1,13 при норме в 11,83±1,31. Отношение лимфоцитов и моноцитов (ОЛМ) должно быть в пределах от 4,75 до 5,91. В первой группе этот показатель равен 9,29±0,46, что в два раза превышает норму. Индекс Кальфа-Калифа (ИКК) равняется 2,40±0,12, что говорит о лёгкой степени интоксикации, так как нормой считаются цифры от 0,62±0,09 до 1,6±0,5. Индекс резистентности (ИР) в среднем колеблется от 50 до 100. В данной группе он составил 0,22±0,011, что указывает на возможность развития инфекционных осложнений. По анализам биохимии крови были выявлены значения: АсАт – 42,23±2,1 ЕД/л, АлАт – 84,91±4,24 ЕД/л, билирубин – 21,35±1,06 ммоль/л, общий белок – 65,18±3,25 г/л. Все три показателя, кроме общего белка, выше нормы.

ИА во второй группе составил 0,52±0,02, что ниже нормы. ИГ равен 0,29±0,01, что интерпретируется как маркер стрессовой реакции организма. Средние значения ИК составили 6,12±0,3, что превышает норму почти в три раза и указывает на тяжёлую степень интоксикации. ОЛСОЭ у пациентов второй группы равняется 3,11±0,15, что выше показателей первой группы. ОНМ составляет 25,0±1,25 и превышает норму в два раза. ОЛМ равен 6,0±0,3, что незначительно, но превышает нормальные показатели. ИКК равняется 3,12±0,15, что указывает на лёгкую степень интоксикации. ИР во второй группе составил 0,09±0,004, ниже средних значений первой группы в два раза. По анализам биохимии крови были выявлены следующие показатели: АсАт – 58,56±2,92 ЕД/л, АлАт – 46,1±2,30 ЕД/л, билирубин – 34,16±1,70 ммоль/л, общий белок – 70,7±3,53 г/л.

В третьей группе ИА составил 0,42±0,021, что хуже показателей первой и второй групп.

ИГ равняется $0,21 \pm 0,01$. Подобный результат является наихудшим показателем среди трёх исследуемых групп и указывает на стресс. Средние значения по ИК составили $36,05 \pm 1,80$ и свидетельствует о тяжёлой степени интоксикации. ОЛСОЭ у пациентов третьей группы равно $3,64 \pm 0,18$, что выше нормальных значений. ОНМ составило $36,0 \pm 1,8$, что выше нормы в три раза. ОЛМ по группе равно $2,35 \pm 0,11$, что ниже нормы в два раза. ИКК равняется $15,92 \pm 0,79$, что говорит о крайне тяжёлой степени интоксикации. ИР в третьей группе составил $0,13 \pm 0,006$, что ниже цифр первой и второй групп. По анализам биохимии крови были выявлены следующие значения: АсАт – $143,66 \pm 7,18$ ЕД/л, АлАт – $291,4 \pm 14,57$ ЕД/л, билирубин – $73,5 \pm 3,67$ ммоль/л, общий белок – $71,0 \pm 3,5$ г/л. Все показатели превышают аналогичные по первой и второй группам.

Вывод

Из всего выше описанного можно сделать предположение, что наличие сахарного диабета при остром холецистите оказывает более выраженное влияние на уровень интоксикации, чем сопутствующее ожирение. Это подтверждают более высокие значения лейкоцитарных индексов и показателей биохимии, полученные в третьей группе пациентов с СД.

Список литературы

1. Зорик В.В., Карипиди Г.К., Морозов А.В. Особенности хирургической тактики лечения острого калькулезного холецистита, протекающего на фоне сахарного диабета // Кубанский научный медицинский вестник. 2018. № 6. С. 90-95.
2. Халимов Э.В., Михайлов А.Ю., Жуйкова А.А., Давтян М.Б. Метод лабораторной диагностики системной воспалительной реакции // Вестник современной клинической медицины. 2019. № 6. С. 72-76.
3. Тарабрина А.А., Огородова Л.М., Фёдорова О.С. Висцеральное ожирение: терминология, измерение и связь с воспалением // Вопросы современной педиатрии. 2022. № 4. С. 293-297.
4. Зарипова Т.Н., Антипова И.И., Тицкая Е.В. Лейкоцитарные индексы у больных бронхиальной астмой: Информативная значимость использования // Терапевтический архив. 2021. № 3. С. 273-278.
5. Свердел А.А., Тав З.М. Лейкоцитарные индексы у больных пожилого и старческого возраста со стабильным течением ИБС // FORCIPE. 2020. № 3. С. 364-365.

МЕХАНИЗМЫ НАРУШЕНИЯ СОЗНАНИЯ

Измалкова А.А., Гребенникова И.В.

*ФГБОУ ВО Воронежский государственный
медицинский университет им. Н.Н. Бурденко,
Воронеж, e-mail: aizmalkova@bk.ru*

Сознание представляет собой сложное философское понятие, использующееся в самых разных областях знаний (например, правовое, историческое сознание и т.д.). В медицине понятие сознания является одним из основополагающих. Под нормальным сознанием (ясное сознание) подразумевают адекватное восприятие окружающего мира и собственного «я» (полная

ориентировка в пространстве, времени, собственной личности), способность к продуктивному взаимодействию с окружающим миром и познавательной деятельности. Сознание – это результат интегративной деятельности всего мозга, поэтому спектр его нарушений чрезвычайно широк и зависит в значительной степени от «точки приложения» повреждающего фактора [1, с. 147].

При характеристике состояния сознания необходимо выделять два основных аспекта: уровень бодрствования и содержательную, когнитивную составляющую. Состояние бодрствования обеспечивается главным образом активирующей функцией ретикулярной формации ствола головного мозга и лимбической системой, а когнитивная деятельность – работой больших полушарий. Обе эти составляющие тесно взаимосвязаны. Основным критерием бодрствования, или так называемой «разбудимости» больного, принято считать реакцию открывания глаз на звуковое или болевое раздражение (рефлекторная деятельность на уровне среднего мозга). При сохранности этой реакции состояние больного нельзя квалифицировать как бессознательное или коматозное. При патологических состояниях возможны разнообразные сочетания глубины и структуры нарушений бодрствования и когнитивных функций, что создает объективные трудности при классификации расстройств сознания и объясняет многочисленность используемых для их характеристики терминов.

Расстройства сознания классифицируют по этиологии, скорости развития и длительности (на острые, подострые и хронические), глубине, содержанию (на продуктивные и непродуктивные) [1, с. 148].

В неврологической практике нарушения сознания принято подразделять на две группы:

1. Изменения сознания. Продуктивные формы развиваются на фоне бодрствования; характеризуются дезинтеграцией психических функций, извращенным восприятием окружающей среды и собственной личности; обычно они не сопровождаются обездвиженностью. Указанные состояния именуются изменением сознания. К ним относятся делирий, онейроидное состояние, аменция, сумеречные расстройства сознания, психомоторное возбуждение. Они являются проявлениями большинства психических заболеваний и, как правило, не сопровождаются очаговой неврологической симптоматикой, но иногда могут предшествовать развитию угнетения сознания.

2. Угнетение сознания. Непродуктивные формы по типу дефицита психической активности со снижением уровня бодрствования, отчетливым угнетением интеллектуальных функций и двигательной активности. Такие формы именуются угнетением сознания. К ним относятся оглушение, сопор, кома. Угнетение сознания наблюдается при многих формах острой не-